

**Influence of an internal picture of illness, coping-strategies and the self-relation of the patients after myocardial infarction on adherence to long treatment of coronary artery disease and its regularity**

Stroková, Elena; Naumova, Elizaveta; Schwartz, Yury

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Zeitschriftenartikel / journal article

**Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Stroková, E., Naumova, E., & Schwartz, Y. (2012). Influence of an internal picture of illness, coping-strategies and the self-relation of the patients after myocardial infarction on adherence to long treatment of coronary artery disease and its regularity. *Modern Research of Social Problems*, 1, 1-22. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-332543>

**Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer Basic Digital Peer Publishing-Lizenz zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den DiPP-Lizenzen finden Sie hier:  
<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>

**Terms of use:**

This document is made available under a Basic Digital Peer Publishing Licence. For more Information see:  
<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>

УДК 616.127-005.4-005.8-082.3:615.22]:612.821-055.2(045)

## **ВЛИЯНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ, КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И САМООТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА РЕГУЛЯРНОСТЬ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Строкова Елена Валерьевна,**

ассистент кафедры факультетской терапии

**Наумова Елизавета Александровна,** доктор медицинских наук,

профессор кафедры факультетской терапии

**Шварц Юрий Григорьевич,** доктор медицинских наук,

заведующий кафедрой факультетской терапии

*Саратовский государственный медицинский университет*

*имени В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, г. Саратов, Россия*

*Lenagrish@mail.ru, Naumova-L@yandex.ru, Shwartz58@yandex.ru*

*Пациенткам, перенесшим инфаркт миокарда, были предложены опросники, позволяющие установить преобладающие копинг-стратегии в трудной жизненной ситуации (ситуация болезни), определить внутреннюю картину болезни, уровень общей внутренней конфликтности, особенности самоотношения, а также модель отношения врач-пациент с позиции пациента. Через 12 месяцев после выписки из стационара был осуществлен телефонный контакт с пациентками, выяснялась приверженность рекомендованной в стационаре терапии и ее регулярность. Приверженность пациенток, перенесших инфаркт миокарда, к длительному лечению ССЗ повышается в случае тревожной и сенситивной ВКБ, в целом позитивного отношения к себе и постоянного тесного сотрудничества с лечащим врачом.*

**Ключевые слова:** приверженность длительному лечению ИБС; копинг-стратегии; внутренняя картина болезни; модель отношений врач-пациент.

**INFLUENCE OF AN INTERNAL PICTURE OF ILLNESS,  
COPING-STRATEGIES AND THE SELF-RELATION OF THE PATIENTS  
AFTER MYOCARDIAL INFARCTION ON ADHERENCE TO LONG  
TREATMENT OF CORONARY ARTERY DISEASE AND ITS REGULARITY**

**Elena Strokova**, assistant of faculty therapy chair

**Elizaveta Naumova**, Doctor of Medicine,  
professor of faculty therapy chair

**Yury Schwartz**, Doctor of Medicine,  
head of faculty therapy chair

*Saratov State Medical University, Saratov, Russia*

*Lenagrish@mail.ru, Naumova-L@yandex.ru, Shwartz58@yandex.ru*

*Patients after myocardial infarction have been interrogated by the questionnaires, allowing to establish prevailing coping-strategy in a difficult reality situation (an illness situation), the internal picture of illness, level of the general internal conflictness, feature of the self-relation, and also model of the doctor-patient relationships from a position of the patient. Telephone contact to patients has been carried out after 12 months from discharging from a hospital and adherence of the therapy recommended in a hospital and its regularity was found out. Adherence to long treatment in patients after myocardial infarction is higher in case of anxieting and sensitive internal picture of illness, the positive self-relation as a whole and constant close cooperation with the attending physician.*

**Keywords:** *adherence to long treatment CAD; coping-strategies; internal picture of illness; model of the doctor-patient relationships.*

**Введение.** По данным ВОЗ, примерно половина хронически больных не выполняют медицинские рекомендации. Порядка 50% пациентов прерывают терапию в течение 6 месяцев от ее начала, и только 15% продолжает лечение до 1 года.[1,2] Проблема невыполнения пациентами врачебных рекомендаций в последние годы неоднократно освещалась в отечественной и зарубежной литературе. Тот факт, что больные далеко не всегда придерживаются лечения, назначенного им врачом, признан одной из самых серьезных и распространенных трудностей медицинской практики.[3]

Постоянно разрабатываются и усовершенствуются теории и модели, применение которых на практике позволило бы решить проблему несоблюдения врачебных рекомендаций. С целью повышения активности пациента в принятии медицинского решения и появления у него осознанной приверженности к лечению призван переход от модели «комплаинса» к «конкордантности» в отношениях врач-пациент.[1,4] Важной ступенью в понимании сущности невыполнения рекомендаций стало деление нонкомплаинса на осознанный и неосознанный компоненты.[5] В попытках найти несложный и действенный способ влияния на приверженность рекомендованному лечению не всегда учитывается, что личность пациента –многомерная структура, каждый из компонентов которой потенциально может оказывать влияние, как на сознательном, так и на неосознанном уровне.

Роль личности пациента в формировании приверженности соблюдению режима терапии включает как общие паттерны поведения, эмоционального реагирования, копинг-стратегии, так и более “узкоспециализированные” структуры, в частности внутренняя картина болезни,[3,6] самоотношение, структура ценностно-смысловой сферы.

В формировании установки больного на начало и продолжение лечения важную роль играет внутренняя картина болезни. Это вся сумма ощущений, переживаний, представлений, связанных с заболеванием. В структуре внутренней картины болезни Лурия выделяет 4 компонента: сенситивный,

отражающий локальные боли и расстройства; эмоциональный (переживания по поводу заболевания); рациональный (представления о болезни) и мотивационный, или волевой, связанный с сознательными целенаправленными действиями по преодолению болезни.[6] Больной стремится к сотрудничеству с врачом и соблюдает медицинские рекомендации только при осознании факта заболевания и его последствий для здоровья, понимании пользы терапии, превышающей неудобства, связанные с ней. Правильная оценка больным своего состояния (гармоничный тип внутренней картины болезни) является главным залогом формирования комплайенса. При недооценке ее тяжести (гипонозогнозия, анозогнозия) больные преуменьшают или полностью отрицают факт заболевания и пользу лечения. При невольном преувеличении тяжести болезни (гипернозогнозия) больные ищут помощи врача, охотно соглашаются на предложенное лечение. Однако в дальнейшем терапевтическое сотрудничество часто нарушается из-за недостаточного, по мнению таких пациентов, успеха терапии. [7].

Имеются также данные о влиянии выбираемых пациентом копинг-стратегий на приверженность к рекомендованному лечению. Понятие "копинг", или преодоление стресса, рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими требованиям. С когнитивной сферой связаны такие стратегии, как отвлечение и проблемный анализ, с эмоциональной - эмоциональная разрядка, оптимизм, пассивное сотрудничество, сохранение самообладания, с поведенческой - отвлечение, альтруизм, активное избегание, поиск поддержки, конструктивная активность.[6] В ходе длительного исследования по выявлению предикторов низкой приверженности к лечению у пациентов с хроническими заболеваниями (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет) было выявлена ассоциация копинг-стратегии, ориентированной на избегание, и невысокой озабоченности своим здоровьем с низкой приверженностью рекомендованному лечению.[8]

Целью нашего исследования явилось определение характера влияния внутренней картины болезни, выбираемых копинг-стратегий и особенностей самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на приверженность рекомендованной длительной терапии ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материалы и методы.** В исследование включались пациентки, перенесшие инфаркт миокарда и находящиеся в отделении реабилитации клинической больницы им. С.Р. Миротворцева в период с января по август 2010 года. Критериями включения были женский пол, перенесенный инфаркт миокарда, согласие участвовать в психологическом тестировании, согласие на телефонный контакт для ответа на анкету, касающуюся регулярности и продолжения лечения рекомендованными препаратами через год после выписки из стационара. В исследование включались только женщины, чтобы увеличить статистическую значимость результатов с учетом небольшого количества пациентов в выборке и избежать необходимости деления по признаку пола. Критериями исключения являлись выраженные когнитивные расстройства, тяжелое физическое состояние и сопутствующая патология, способная значительно повлиять на характер ответов (злокачественные новообразования, выраженная декомпенсация ХСН). Анализировались истории болезни пациенток: учитывалась длительность заболеваний, частота серьезных ухудшений, данные общеклинического обследования. Мы интересовались у пациенток, какого рода помощь они ожидают от лечащего врача (информационную, эмоциональную, непосредственно профессиональную); решает ли врач вопрос соблюдения рекомендаций за счет прогнозирования неблагоприятных исходов в случае несоблюдения этих рекомендаций; выясняет ли врач причину несоблюдения рекомендаций; выясняли, удовлетворены ли пациентки в целом своей работой (были ли удовлетворены), имеют ли они в настоящее время друзей. После беседы пациенткам предлагалось заполнить ряд опросников.

Для определения внутренней картины болезни использовался Личностный Опросник Бехтеревского Института (ЛОБИ), разработанный с целью

диагностики типов отношения к болезни у больных хроническими соматическими заболеваниями. Диагностируется сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе, одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы типы отношений, предложенные в классификации Личко А. Е. и Иванова И. Я. (1980): гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический (тревожная мнительность), сенситивный (боязнь произвести неблагоприятное впечатление из-за болезни, стать обузой близким), эгоцентрический (стремление быть в центре внимания из-за болезни), эйфорический, анозогнозический (отрицание болезни), эргопатический (уход в работу от болезни), паранойяльный (болезнь-результат чьего-то злого умысла).[10]

Для выявления ведущих копинг-стратегий была выбрана Методика исследования копинг-поведения (С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптированный вариант Т.А.Крюковой). Данная методика позволяет оценить способы поведения и реагирования субъектов в трудных, нестандартных жизненных ситуациях, например, ситуации потенциально фатальной болезни. Все множество вариантов совладающего поведения сводится данной методикой к 3 основным стратегиям: копинг, ориентированный на решение проблемы; копинг, ориентированный на эмоции (эмоциональная разрядка — плач, переживания злости, раздражения, связанных с ограничением жизни болезнью); копинг, ориентированный на избегание (отвлечение — чтение книг, просмотр телевизора, социальное отвлечение — общение со значимыми близкими). Предлагаемые варианты копингов отражают когнитивную, эмоциональную и поведенческую стороны совладающего поведения. [11].

Методика исследования самоотношения (МИС) разработана отечественными психологами С.Р. Пантелеевым и В.В. Столиным в 1991 году.

Методика предназначена для выявления структуры самоотношения личности, а также выраженности отдельных компонентов самоотношения: закрытости, самоуверенности, саморуководства, отраженного самоотношения, самооценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения. Самоотношение понимается в контексте представлений личности о смысле «Я», как выражение смысла «Я», как обобщенное чувство в адрес собственного «Я». Самоотношение в данном случае рассматривается как эмоционально-оценочная подсистема самосознания, которая участвует в регуляции многих аспектов поведения и социальной активности человека. [12]

Для определения модели отношения врач-пациент использовалась коммуникативная карта деятельности врача - адаптированная для соматических пациентов анкета А.А. Леонтьева (1977). Данная методика позволяет количественно оценить стиль общения врача, причем в качестве эксперта в данном случае выступает пациент. По суммарной оценке пациента взаимоотношения между лечащим врачом и анкетирруемым пациентом характеризовались одной из пяти моделей: активно-пассивной, авторитарной, технической, покровительской или совещательно-договорной, в зависимости от напряженности коммуникации и активности обеих сторон в ней. [13].

С целью определения степени эмоциональной напряженности и уровня интеграции/дезинтеграции ценностно-смысловой сферы личности пациенткам предлагалась Методика «М-ЦД» (модификация И.А. Красильниковым методики» УСЦД» Е.Б. Фонталовой). В основе данной методики лежит идея о том, что одной из основных детерминант мотивационно-личностной сферы является изменяющееся в процессе жизнедеятельности соотношение между осознанием ведущих жизненных ценностей, личностных смыслов, целей, и всем, что непосредственно доступно и связано с осуществлением конкретных достижимых целей, лежащих в зоне «легкой доступности». Методика позволяет выявить уровень общей внутренней конфликтности (ОВК), а также уровень конфликтности для каждой ценности. [14].



Через год после выписки пациентки из стационара осуществлялся телефонный контакт, во время которого выяснялся факт продолжения терапии группами препаратов, рекомендованными при выписке, учитывалась субъективная оценка регулярности приема и частоты пропусков с учетом серьезных изменений в состоянии здоровья (дестабилизация состояния, госпитализации, обострение сопутствующей патологии).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 8.0 путем однофакторного анализа, а также корреляционного анализа с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты.** В исследовании согласились участвовать 40 женщин, пригодными для обработки оказались 30 анкет. Средний возраст женщин, перенесших инфаркт миокарда, составил 62,8 лет и в 13,3% (3) случаях это был не первый инфаркт. Высшее образование имели 14 (46,7%) женщин, средне-специальное 13 (43,3%), среднее - 3 (10%).

Большинству женщин (62%) приходилось занимать руководящие должности когда-либо в жизни, а чаще в течение длительного времени. Несмотря на то, что в 38% (11) случаях женщин не устраивало или количество времени, которое отнимала работа или размер заработной платы в соотношении с объемом обязанностей, большинство опрошенных женщин в целом оценивали работу как «устраивающую».

Половина женщин из выборки одинока, при этом 53,3% (8) пациенток пережили смерть супруга. В ходе опроса было выяснено, что 34,5 % (10) женщин считают себя больными с молодого возраста или даже с детства, а почти половина опрошенных 48, 3% (14) человек госпитализируются или имеют серьезные ухудшения самочувствия 1 раз в год и чаще.

Практически половина опрошенных женщин 48, 3% (14) желали бы получать от лечащего врача комплексную помощь, включающую как непосредственно профессиональную, так и эмоциональную и информационную

поддержку. Однако ряд пациенток (7-24,1%) считают, что отношения врача и пациента должны сводиться исключительно к непосредственно профессиональной помощи со стороны медицинского работника, а любые другие взаимодействия в сфере лечебных мероприятий не входят.

Несмотря на вышесказанное, 65,5% (19) женщин считают целесообразным в рамках профессиональной деятельности врача проведение с пациентом дополнительных бесед и разъяснений касательно их состояний, желательно с использованием наглядных пособий, развернутых рекомендаций при выписке. В подавляющем большинстве случаев (86,2%-25) лечащие врачи доступно отвечали на возникающие у пациенток вопросы, однако интересовались, насколько понятно объясняемое, врачи лишь в половине случаев (50% -15). В 6,6 % (2) случаев, со слов пациенток, врачи «мотивировали» к тщательному соблюдению рекомендаций путем прогнозирования неблагоприятных исходов в случае несоблюдения, что субъективно воспринималось пациентками болезненно, как «запугивания», создавая дополнительную психотравмирующую ситуацию.

При ответе на вопрос, интересовался ли врач, почему пациент не соблюдал его рекомендации, «да» ответили 10% (3), «нет» - 43,4% (13), остальные женщины 46,6% (14) сказали, что необходимости в подобных вопросах нет, поскольку они соблюдают абсолютно все рекомендации.

*Стратегии копинг-поведения в группе пациенток, перенесших инфаркт миокарда*

Преобладающей стратегией копинг-поведения в основной группе был копинг, направленный на решение задачи (в 44,8% -13). Несколько реже женщины основной группы в стрессовых ситуациях используют копинг, ориентированный на эмоции (34,5% -10 случаев). В 20,7% (6) женщин в трудных, нестандартных жизненных ситуациях используют стратегию копинг-поведения, ориентированную на избегание, причем в рамках избегания

значительно чаще (82,8% - 24) используется отвлечение в целом, чем социальное отвлечение.

*Анализ самооотношения в группе пациенток, перенесших инфаркт миокарда*

При подсчете средних арифметических значений баллов по шкалам методики исследования самооотношения в исследуемой группе были получены значения, не выходящие за пределы средней степени выраженности показателей. То есть при характеристике группы женщин в целом их отношение к себе укладывается в вариант «нормы».

Самый большой из средних баллов был получен по шкале «открытость-закрытость» - 6,7. У женщин исследуемой группы имеется тенденция к закрытости, нежеланию или неспособности к глубокому осознанию себя и происходящего вокруг.

При корреляционном анализе по данной шкале получены неоднозначные данные (таблица 1). С одной стороны, чем меньше внутренняя честность и соответственно больше закрытость, тем выше уровень самопринятия. А с другой стороны, чем больше закрытость, тем выше уровень конфликтности и самообвинения. Другими словами, большее самопринятие при понижении внутренней честности носит характер компенсации: принять себя таким, какой есть (с внутренней конфликтностью и переживанием чувства вины) менее «энергетически затратно», нежели попытки разрешать внутренние противоречия. Среднее значение по шкале Самоуверенность положительно коррелирует со средними по шкалам Саморуководство, Самоценность, Самопривязанность и Самопринятие. То есть, чем больше у человека представления о себе как самостоятельном, волевом человеке, которому есть за что себя уважать, тем вероятнее воспринимать собственное "Я" как внутренний стержень, интегрирующий личность, ощущать ценность собственной личности, одобрять свои планы и желания и, в связи с этим, не желать в чем-то себя менять. В исследуемой группе были получены корреляции средней выраженности по шкале Зеркальное (отраженное) Я и Самоценность и

Самопринятия. Иначе говоря, положительная оценка себя женщин изучаемой группы связана и зависит от положительной оценки и одобрения их окружающими. Была получена сильная корреляционная связь между уровнем конфликтности и самообвинения.

Таблица 1. Корреляционные связи между средними значениями по шкалам методики исследования самоотношения у пациенток, перенесших инфаркт миокарда.

Шкалы МИС	Коэффициент корреляции Спирмена R	p
Закрытость-Самопринятие	0,52	0,002
Закрытость-Конфликтность	0,4	0,02
Закрытость-Самообвинение	0,43	0,014
Самоуверенность-Саморуководство	0,65	0,00007
Самоуверенность-Самоценность	0,43	0,013
Самоуверенность-Самопривязанность	0,41	0,02
Самоуверенность-Самопринятие	0,39	0,03
Зеркальное Я - Самоценность	0,48	0,005
Зеркальное Я - Самопринятие	0,45	0,01
Конфликтность - Самообвинение	0,87	0,000001

*Анализ внутренней картины болезни пациенток, перенесших инфаркт миокарда*

В ходе изучения внутренней картины болезни был выявлен значительный разброс вариантов типов отношения к болезни и личностных отношений, связанных с нею. Не было обнаружено какого-либо одного или несколько преобладающих типов реакции на болезнь, чего и сложно было бы ожидать, принимая во внимание разнородность выборки (как и любой другой группы людей) по огромному множеству объективных и субъективных моментов, влияющих на личностную оценку ситуации болезни.

Корреляционный анализ позволил выделить некоторые общие взаимосвязи в структуре внутренней картины болезни (таблица 2). Так, получена умеренно выраженная корреляционная связь между показателями гармоничной реакции на болезнь и эргопатической, то есть уходом в работу. Положительно коррелируют с эгоцентрической реакцией на болезнь неврастеническая, ипохондрическая, сенситивная картины болезни. Положительно коррелирует с эгоцентрической реакцией также и тревожный тип реакции. Имеется корреляционная связь средней силы между тревожным типом реакции на болезнь и неврастеническим. Эйфорический тип реакции на заболевание средне по силе положительно коррелирует с анозогнозией.

Таблица 2. Корреляционные связи между типами внутренней картины болезни у пациенток, перенесших инфаркт миокарда.

Типы ВКБ	Коэффициент корреляции Спирмена R	p
Гармонический-Эргопатический	0,5	0,05
Эгоцентрический-Неврастенический	0,53	0,03
Эгоцентрический-Ипохондрический	0,45	0,02
Эгоцентрический-Сенситивный	0,4	0,03
Эгоцентрический-Тревожный	0,4	0,03
Тревожный-Неврастенический	0,47	0,01
Эйфорический-Анозогнозический	0,56	0,01

### *Модель взаимоотношения врач-пациент*

При исследовании типов отношения врача и пациента с точки зрения пациенток были получены следующие данные. В 50% (15 женщин) случаев пациентки оценили взаимоотношения со своим лечащим врачом в рамках совещательно-договорной модели. Как покровительское отношение врача к себе оценили 9 пациенток (30%). Техническая модель взаимоотношений обнаружилась в 4 (13,8%) случаев, а как полное отсутствие взаимоотношений (активно-пассивная модель) расценила отношения с врачом 1 пациентка (3,4%).

В ходе корреляционного анализа не было получено достоверных зависимостей между стратегиями преодоления стрессовых ситуаций и моделями взаимоотношения врача и пациента. Однако получены корреляции между определенным типом отношения к болезни и типом взаимоотношений с врачом. Имеет место средней силы корреляционная связь между тенденцией к совещательно-договорной модели отношений врач-пациент и эргопатической реакцией на заболевание ( $R=0,5$ ,  $p=0,006$ ). Обнаруживается отрицательная корреляционная связь средней силы ( $R= -0,43$ ,  $p=0,02$ ) между наиболее продуктивным типом отношений врач-пациент и сенситивной реакцией на болезнь.

*Исследование ценностно-смысловой сферы личности (показатель общей внутренней конфликтности)*

Показатель общей внутренней конфликтности (ОВК) в группе женщин, перенесших инфаркт миокарда, составил в среднем 16,1, что свидетельствует в пользу низкой степени эмоциональной напряженности и невысоком уровне дезинтеграции ценностно-смысловой сферы личности. При дальнейшем анализе было выявлено, что наиболее часто конфликтными для исследуемой группы пациенток были следующие ценности – здоровье в 60% (18), любовь и свобода по 16,6% (5). Такие ценности как активная, деятельностная жизнь, интересная работа, красота природы и искусства, материально-обеспеченная жизнь, наличие друзей, уверенность в себе, познание, счастливая семейная жизнь, творчество значительно реже были конфликтными в исследуемой группе.

*Исследование приверженности к длительной терапии и ее регулярности.*

При телефонном контакте через год после выписки из стационара удалось связаться с 23 из 30 пациенток. Поскольку исследование включает сложный психодиагностический инструментарий, а исследуемая группа женщин перенесла потенциально фатальную форму ИБС, отобрать большее количество пациенток представлялось весьма затруднительным. В данном случае как статистически значимые результаты, мы рассматривали данные с

достоверностью  $p < 0,05$ , результаты, когда  $0,05 < p < 0,1$  рассматривались как тенденция к достоверности и также учитывались нами ввиду выше обозначенных особенностей. Перечень препаратов, которые были назначены пациенткам по поводу ССЗ при выписке из стационара и через год после этого представлены в таблице 3.

Таблица 3. Группы препаратов, назначенные пациенткам, перенесшим инфаркт миокарда, при выписке из стационара и принимаемые ими через год.

	При выписке		Телефонный контакт через 12 месяцев	
	N=23	%	N=23	%
Нитраты	11	47,8	9	39,1
β-блокаторы*	17	73,9	12	52,2
ИАПФ**	22	95,7	11	47,8
Антагонисты кальция	9	39,1	6	26
Дезагреганты*	22	95,7	16	65,6
Статины*	15	65,2	10	43,5
Диуретики	11	47,8	13	56,2
Антиаритмики	1	4,3	1	4,3

Примечание: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

Как видно из таблицы 3 через год после выписки из стационара пациентки прекращали прием иАПФ практически в 50% случаев, дезагрегантов – в 30%, β-блокаторов и статинов в 20% случаев, что статистически значимо. Были обнаружены определенные связи личностных особенностей, особенностей социального окружения и взаимодействия с лечащим врачом и прекращения пациентами приема различных групп препаратов для лечения кардиологических заболеваний. Пациентки со средне-специальным и высшим образованием достоверно чаще самостоятельно прекращали прием препаратов, нежели пациентки с меньшим уровнем образованности ( $p = 0,05$ ). Удовлетворенные в целом своей работой пациентки продолжали принимать препараты для лечения

ИБС в 82,6% (19), тогда как неудовлетворенные своей работой лишь в 8,7% (2),  $p=0,1$ . Так, прием иАПФ пациентки, удовлетворенные своей работой в целом, прекращали в 34,8% (8), а частично или неудовлетворенные - в 52,2% (12),  $p=0,05$ . Женщины, перенесшие инфаркт, которые имели друзей, также с достоверностью  $p=0,1$  чаще продолжали лечение через год после выписки из стационара, для группы дезагрегантов это соотношение (74% (17) vs 4,3% (1),  $p=0,04$ ).

Пациентки, которые не отмечали в общении с лечащим врачом, что врач в качестве мотивации к приему лекарственных препаратов прогнозировал неблагоприятные события в случае несоблюдения рекомендаций, достоверно чаще продолжали прием рекомендованных препаратов (87% (21) vs 4,35% (1),  $p=0,03$ ). Была обнаружена тенденция, что чем больше пациентки нуждаются во внимании лечащего врача, стремясь получить от врача информационную, эмоциональную поддержку и непосредственно профессиональную помощь, тем чаще они прекращают прием препаратов:  $\beta$ -блокаторов ( $p=0,08$ ), статинов ( $p=0,1$ ). В случае, если отношения с врачом пациентки оценивали в рамках совещательно-договорной модели, то ни одна из этих пациенток не прекращала полностью прием лекарственных препаратов ( $p=0,1$ ).

Обсессивно-фобическая и анозогнозическая ВКБ ассоциировались у женщин с инфарктом миокарда как с меньшей вероятностью длительного приема препаратов ( $p=0,005$  и  $p=0,03$  соответственно), так все пациентки с анозогнозической ВКБ прекратили прием иАПФ в течение года ( $p=0,1$ ). В случае дезагрегантов с полной их отменой ассоциировалась эйфорическая ВКБ (17,4% (4) vs 4,3% (1),  $p=0,002$ ). Предвестником более частого прекращением лечения БАБ явилась ипохондрическая и неврастеническая ВКБ ( $p=0,1$ ). Тревожная и ипохондрическая ВКБ у женщин, перенесших инфаркт миокарда, ассоциируется с продолжением приема статинов ( $p=0,09$ ).

Пациентки с высоким уровнем самопринятия и самооценности в структуре самоотношения не прекращали прием БАБ, статинов в течение года ( $p=0,1$  и



$p=0,09$  соответственно). А вот возрастание уровня саморегулирования коррелирует с большей вероятностью самостоятельного прекращения приема статинов ( $p=0,1$ ).

В случае, если для пациенток здоровье является конфликтной ценностью, они длительно продолжают прием препаратов чаще (56,5% (13) vs 34,8% (8),  $p=0,09$ ). Актуализация ценности здоровья как конфликтной являлась предиктором длительного приема препаратов, уменьшающих вязкость крови, и иАПФ ( $p=0,06$ ). Пациентки с низким уровнем внутренней конфликтности прекращали прием БАБ реже (13,04% (3) vs 65,2% (12)), а с высоким уровнем - чаще (8,7% (2) vs 4,35% (1)),  $p=0,1$ .

Пациентки, которые выбирали в качестве стратегии преодоления копинг, направленных на решение, чаще прекращали прием статинов (17,4% (4) vs 4,3% (1),  $p=0,1$ ). Негативные изменения в жизни и здоровье у пациенток ассоциируются с более редким прекращением лечения статинами (4,3% (1) vs 17,4% (4),  $p=0,006$ ). (таблица 4)

Таблица 4. Факторы, влияющие на продолжение приема препаратов, рекомендованных в стационаре, для пациенток с инфарктом миокарда.

Предикторы полного прекращения лечения	Предикторы продолжения лечения
Высшее образование*	Наличие друзей*
Неудовлетворенность работой*	Здоровье-конфликтная ценность
Анозогнозическая, эйфорическая и неврастеническая, обсессивно-фобическая ВКБ**	Тревожная ВКБ
Нуждаемость в значительной поддержке врача стационара	Отсутствие «запугиваний» врачом,* совещательно-договорная модель отношений с врачом
Высокое саморегулирование	Высокое самопринятие, самооценочность
Высокая внутренняя конфликтность	Негативные изменения здоровья**

Примечание: \* $p \leq 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

На регулярность приема препаратов (со слов пациенток) оказывала влияния стратегия преодоления трудной жизненной ситуации (ситуации болезни), тип ВКБ и отношение женщин-пациенток к себе. Пациентки, выбиравшие в качестве стратегии преодоления копинг, направленный на решение проблемы, к удивлению, реже принимали препараты регулярно (13% (3) vs 43,5%(10),  $p=0,06$ ). Копинг, ориентированный на эмоции, напротив ассоциировался с более регулярным приемом препаратов (34,8% (8) vs 21,7% (5),  $p=0,04$ ).

В случае обсессивно-фобической и анозогнозической ВКБ пациентки принимали препараты регулярно реже, чем с другими (8,7% (2) vs 47,8% (11),  $p=0,02$  и 4,35% (1) vs 52,2% (12),  $p=0,08$  соответственно). Сенситивная ВКБ характеризовалась большей вероятностью регулярного приема препаратов (34,8% (8) vs 21,7% (5),  $p=0,09$ ).

Более высокий уровень самопринятия и самообвинения ассоциировались с большей вероятностью регулярного приема лекарств ( $p<0,05$  и  $p=0,075$  соответственно).

### **Обсуждение.**

Хочется отметить, что в ходе нашего исследования была отобрана конкретная группа пациенток, за которыми после определения их личностных особенностей проводилось наблюдение в условиях, максимально приближенных к реальной практике, с последующей оценкой факта продолжения приема различных групп препаратов в зависимости от изучаемых черт. Естественно, к сведениям о регулярности приема препаратов пациентками, полученным в результате их субъективной оценки, следует относиться с долей критичности. Однако анализ факта продолжения терапии определенными группами препаратов может заслуживать большего доверия и, одновременно, давать более общую информацию.

Анализируя выбираемые пациентками стратегии преодоления трудной жизненной ситуации (ситуации болезни), особенности их самоотношения,

рассогласование в системе ценностей и доступности, а также ВКБ и модель отношения с лечащим врачом, можно сделать следующие выводы.

У пациенток, перенесших инфаркт миокарда, необходимость принимать решения в ситуации болезни стимулирует в основном пассивные стратегии и не приводит к проявлению активности. Помимо одобрения себя и уверенности в своих силах для принятия решений им необходимо и одобрение окружения.

Женщины, перенесшие инфаркт миокарда, недостаточно осознают себя и стараются не предъявлять к себе претензий, то есть принимают себя таким, какие есть. Вместе с тем, эти защитные механизмы оказываются недостаточными, что выражает внутреннюю неустроенность, складывающуюся из дефицита самоуважения и негативного самоотношения.

Женщины, перенесшие инфаркт миокарда, ощущая внутреннюю неустроенность и уязвимость, либо избирают ситуацию болезни в качестве способа оказаться в центре внимания и заботы, постоянно тревожась о своем состоянии и о том, как это выглядит со стороны, либо отрицают болезнь как таковую и игнорируют любые рекомендации врача как необоснованные.

При этом, чем более выражена реакция на болезнь по типу «ухода от болезни в работу», тем чаще пациентки стремятся к совещательно-договорной модели общения с лечащим врачом, то есть самому тесному и плодотворному сотрудничеству для скорейшего выздоровления или достижения компенсации, однако, первоцель в данном случае не здоровье как таковое, а стремление поскорее приступить к работе. [17] Активные позиции во взаимоотношениях с лечащим врачом позволяют женщинам, перенесшим инфаркт миокарда, меньше беспокоиться о неблагоприятных последствиях заболевания, однако часто ассоциированы с уходом в работу как средством разрешения трудной жизненной ситуации. Тесные взаимоотношения с лечащим врачом в имеющихся условиях выбираются пациентками скорее как дополнительный аспект в формировании отношения к себе, нежели инструмент лечения.

Как оказалось, выявленные личностные характеристики изучаемой группы пациенток не всегда оказывают ожидаемое влияние на приверженность рекомендованной терапии и ее регулярность. Вполне объяснимо, что поддержка социального окружения, удовлетворенность работой и актуализация ценности здоровья как конфликтной ассоциировались с длительным и более регулярным приемом рекомендованных препаратов. Менее регулярный же, со слов пациенток, прием препаратов в случае выбора стратегии преодоления, направленной на решение, связано, вероятно, с тем, что у исследуемых пациенток данный вариант копинга стимулирует в основном пассивные стратегии.[11]

В подтверждение литературных данных были получены сведения, что уменьшает вероятность приверженности длительному курсу лечения ССЗ анозогнозическая, эйфорическая и неврастеническая ВКБ. И если в первых двух случаях это объясняется отрицанием или нежеланием осознавать сам факт заболевания, то в случае неврастенической ВКБ причиной, вероятно, является повышенная истощаемость нервных процессов.[6,15] С большей приверженностью длительному лечению ассоциировались обсессивно-фобическая и тревожная внутренняя картины болезни, что вероятно связано с личностными predispositionами пациенток – повышенная тревожность, навязчивые страхи серьезных осложнений заболевания, заставляющие четко следовать рекомендациям врача. Случайный пропуск приема лекарств приводит к усилению тревоги, размышлениям о возможных последствиях случившегося. Однако терапевтическое сотрудничество у таких больных формируется только при их уверенности в профессионализме врача, доверии к нему.[6,7,15] Ипохондрическая ВКБ в случае приема БАБ ассоциировалась с меньшей приверженностью длительному лечению  $\beta$ -адреноблокаторами, а в случае статинов – наоборот. Попытаться объяснить это можно со следующих позиций, прием БАБ дает ощутимое изменения самочувствия пациента: снижается повышенное артериальное давление, уменьшаются неприятные ощущения

сердцебиения или перебоев в работе сердце. Может уменьшаться частота или выраженность приступов стенокардии – пациент субъективно чувствует себя более «здоровым», что в случае ипохондрической ВКБ, когда присутствует условная желательность заболевания, «не выгодно». Статины же не оказывают ощутимого влияния на самочувствие, являясь дополнительным важным и дорогим препаратом в аптечке «очень больного пациента». [17]

С большей регулярностью приема препаратов была связана сенситивная ВКБ, с нерегулярным приемом – анозогнозическая и обсессивно-фобическая, что также объясняется личными особенностями этих пациенток.

Повышали степень выполнения врачебных рекомендаций в течение длительного времени в целом положительное отношение пациенток к себе: повышенные уровни самопринятие и самооценности, а вот высокое саморуководство, как и копинг, ориентированный на решение, уменьшали вероятность длительного лечения, поскольку в данном случае пациентки в принятии медицинского решения больше ориентировались на собственные соображения на этот счет.

Пациентки длительно принимали рекомендованные препараты чаще в случае невысокого уровня общей внутренней конфликтности, тогда как наличие конфликтных ценностей за исключением ценности здоровья повышало вероятность полного прекращения приема лекарств.

Интересным представляется факт, что ни одна из женщин, оценивавших модель своих отношений с лечащим врачом как соверщательно-договорную (аналог взаимоотношений по типу конкордантности), не прекращала лечение полностью через год после выписки из стационара. Одновременно с этим, чем больше пациентки нуждаются во внимании лечащего врача, стремясь получить от врача информационную, эмоциональную поддержку и непосредственно профессиональную помощь, тем чаще они прекращают прием рекомендованных лекарств, то есть, лишаясь мощной поддержки лечащего врача стационара, прекращается и самостоятельное амбулаторное лечение.

Вполне объяснимо с позиции психологии пациента вообще, и особенно российского, что чем чаще случались неблагоприятные изменения в состоянии здоровья, тем более привержен лечению был пациент.

**Выводы.** Приверженность пациенток, перенесших инфаркт миокарда, к длительному лечению ССЗ повышается в случае представлений о своем заболевании в рамках тревожной и сенситивной внутренней картины болезни, в целом позитивного отношения к себе и постоянного тесного сотрудничества с лечащим врачом. Анозогнозия, эйфорическая, обсессивно-фобическая и неврастеническая внутренние картины болезни, высокий уровень внутренней конфликтности, а также высокое саморуководство и копинг, ориентированный на принятие решения, напротив, уменьшают вероятность длительного приема препаратов для лечения кардиологических заболеваний.

### Литература

1. Carter, S. A question of choice – compliance in medicine taking, a preliminary review / S.Carter, D.Taylor, R.Levenson // London: University of London School of pharmacy, 2001 [Электронный ресурс].-URL: <http://www.medicinespartnership.org> (дата обращения 14.11. 2011).
2. Osterberg, L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // NEMJ.- 2005. - № 353. - P.487-497.
3. Банщиков Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии В.М. Бехтерева. – 2006. – №4.- С. 9-11.
4. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century / London: DoH, 2001.- 120 p.
5. Barber, N. Should we consider non-compliance a medical error? / N.Barber // Qual Saf Health Care.- 2002.-№11.-P.81-84.
6. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2004. - 450 с.

7. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2008. - №1. - С. 44-49.
8. Ron D. Hays. Antecedents of Adherence to Medical Recommendations/ Ron D. Hays, Lynn Ordway, M. Robin DiMatteo// Journal of Behavioral Medicine. – 1992. - Vol. 15, № 5. - P. 447-468.
9. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и язвенные заболевания. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1977. – 112 с.
10. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. и др. - СПб.: изд-во НИ психоневрологический ин-т им. В.М.Бехтерева, 2000. – 287 с.
11. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.
12. Справочник практического психолога. Психодиагностика / Под общей редакцией С.Т. Посоховой – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006.-С.486
13. Леонтьев А.А. Психология общения. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Смысл, 1997. — 351 с.
14. И.А. Красильников. Внутриличный конфликт и психологическая адаптация. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2007. – 110 с.
15. Лапин И.П. Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. – СПб.: Деан, 2001. – 416 с.
16. Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии // РМЖ. - 2002. – Т. 10, № 12–13. – с. 9-45.
17. Хекхаузен Х. Личностные и ситуационные подходы к объяснению поведения // Психология социальных ситуаций. Хрестоматия. / Сост. и общая редакция Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.

**Рецензент:**

Довгалецкий Я.П., д.м.н., заведующий лабораторией ХИБС и атеросклероза